Aus der Hautklinik der Universität Bonn
Direktor: Professor Dr. Grütz.

„Über Carcinombildung auf Atherom“

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 3. Februar 1938

von

Roland Paul
Assistenzarzt
aus Remscheid Rhl.

BONN 1938
Anton Brand, Bonn.

Gedruckt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. Grütz
Korreferent: Prof. Dr. Ceelen

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546405_0161

Über Carcinombildung auf Atherom.

Der Ausdruck Atherom hat viel Verwirrung in der Literatur angerichtet. Wir können ihn jetzt wohl nur als klinischen Begriff führen. Nach Virchow stammt der Name Atherom „von dem breiigen, grützeartigem Inhalte mancher Geschwülste her, der in der Tat daran erinnert, wie man gewöhnliche Hafer- oder Gerstengrütze etwas dick eingekocht sieht, wo einzelne noch zusammenhaltende Körner in der gleichmäßig gewordenen Grundmasse eingelagert sind".

Wir verstehen darunter stecknadelkopf- bis faustgroße Tumoren von kugeliger Form, die teils in der Tiefe des Coriums, teils im subkutanen Gewebe sitzen. Sie wölben sich ihrer Größe entsprechend über das Hautniveau hervor und sind von normaler Haut überzogen, mit welcher sie oftmals verwachsen sind. An ihrer Unterlage sind sie zumeist leicht verschiebbar, manchmal aber, besonders die größeren, auch fixiert. Ihre Oberfläche fühlt sich unter der Haut glatt an. Die Tumoren sind von derb elastischer Konsistenz, können aber je nach dem Flüssigkeitsgrade ihres Inhaltes auch mehr oder weniger Fluktuation zeigen. Sie wachsen langsam, können Jahre, selbst jahrzehntelang bestehen, ohne besondere Beschwerden zu verursachen. Ihr Inhalt ist ziemlich verschieden. Die kleinsten Formen enthalten eine rein weiße trockene schollige stearinartige Masse (daher der ältere Name Steatom), die der dicken Wandung wie ein Wall anhaftet. Die größeren haben am häufigsten einen weißen oder grauweißen, einen grützebreiähnlichen Inhalt, d. h. „weiße, rundliche oder schollenförmige, wie gequollene Hafergrütze aussehende Körper, sind in großer Zahl in einer mehr oder weniger dünnflüssigen emulsionsartigen milchigen Substanz suspendiert." Mikroskopisch zeigen sich

zusammengeballte, größtenteils verfettete Drüsenzellen, freies Fett und Cholesterinkristalle.

Nach den Untersuchungen Chiaris haben wir es aber mit zweierlei genetisch scharf zu trennenden Gebilden zu tun. Z. T. handelt es sich um sog. Retentionscysten der Haut, die bei Verlegung der Hautfollikel durch Retention des Inhalts aus den Haarbälgen, seltener aus den Talgdrüsenausführungsgängen entstehen. Kurtzhan nennt sie die „eigentlichen echten und einfachen Atherome" oder auch Haarbalgcysten, Talgdrüsencysten. Nach Chiari werden sie als Follikelcysten bezeichnet, die sich mitunter von der Haut abschnüren und subkutan liegen. Vor dem 15. Lebensjahr werden sie kaum beobachtet,

Diesen Retentionscysten oder Atheromen im engeren Sinne stehen die Neubildungs-Atherome, meist cystischer Natur gegenüber. Sie entstehen durch Einlagerung der Haut oder nur von Epidermis unter der Haut. Diese Einlagerung kann kongenital oder erworben sein. So entstehen Cysten, deren Wand aus der ganzen Haut gebildet wird, Dermoide oder solche, deren Wand nur aus Epidermis besteht, Epidermoide. Für den Namen Epidermoide tritt besonders Franke ein. Er hält sie für die am häufigsten vorkommenden Balggeschwülste „welche aller Wahrscheinlichkeit nach ihrem Ursprung einer im fötalen Leben stattgehabten Abschnürung von in die Tiefe gedrungenen Epidermiszapfen verdanken" und später im extrauterinen Leben auf irgend einen Reiz hin weiter wachsen.

Die klinischen Beobachtungen von Reverdin und Garrè, sowie die experimentellen Forschungen von Kaufmann, Schweninger und Ribbert liefern aber auch den Beweis dafür, daß nicht nur embyonal abgeschnürte, sondern auch durch traumatische Eingriffe künstlich verlagerte Epidermisteile oder selbst die einfache Verletzung der Anhangsorgane durch in die Cutis gelangte Fremdkörper (Pels-Leusden, Hesse) zu cystischen Bildungen führen können.

Die Retentionscysten oder Follikelcysten sind meist klein, höchstens wallnußgroß, teils cutan, teils subkutan gelegen und

entsprechen nach Franke „ins Unmäßige gewachsenen Comedomen". Sie besitzen eine sehr zarte, vollkommen glatte, d. h. völlig papillenlose Wand, die aus einer mehrschichtigen Lage abgeplatteter Epidermiszellen besteht. Bei genauerer Untersuchung läßt sich bei ihnen noch häufig der verstopfte Ausführungsgang und verödete Reste des Haarbalggrundes oder der Talgdrüsen nachweisen. Diese Retentionscysten finden sich an allen Körperstellen, wo Haarbälge oder Talgdrüsen vorhanden sind.

Die Cysten der zweiten Art, also die Epidermoide sind häufig größer, liegen immer subkutan und erstrecken sich oft in beträgliche Tiefen. Sie bestehen aus einer leicht ausschälbaren Kapsel, deren Wand durchweg dicker erscheint, als die der Retentionscysten und manchmal mehr oder weniger gut ausgebildete Papillen zeigt. Das Epithel zeigt den typischen Bau der vollständig entwickelten Epidermis. Ein Ausführungsgang nach der Oberfläche ist meist nicht vorhanden, kann aber vorkommen. Sie liegen immer fissural, d. h. im Bereiche oder der Nachbarschaft der einstigen Schlußlinien der Körperhöhlen, bzw. sonstiger embryonaler Schlußlinien, wie sie z. B. bei der Digitation an der Hand oder beim Herauswachsen der Extremitäten sich bilden (Chiari). Dementsprechend finden sie sich am häufigsten in der Mittellinie des Kopfes, über den Fontanellen, an der Glabella, der Regio supraorbitalis, Wange, Nase und Umgebung des Ohres, Plica nasolabialis, Regio frontalis und an der Vorderseite des Halses, seltener in der Mittellinie des Sternums, der Nabelgegend, in der Kreuzbeingegend, in der Palma manus, der Regio deltoidea und lumbalis, sowie am Oberschenkel. (Schoenhoff). Das häufigere Vorkommen von Epidermoiden an der Kopfhaut begründet Franke damit, daß die viel reichlicheren epithelialen Einstülpungen zum Zweck der Haarbildung und das tiefere Einwuchern des Epithels in die Subkutis leichter Gelegenheit zur Epithelabschnürung bieten, als an anderen Hautstellen. Die Epidermoide sind stets angeboren, kommen meist schon in frühester Kindheit zur Beobachtung, können aber auch später sich erst vergrößern und

dadurch dem Träger auffallen. Die Erblichkeit der Epidermoide, welche auch von Aschoff und vor ihm schon von anderen betont wurde, kann zweifellos als Beweis des kongenitalen Ursprungs herangezogen werden. Nun ist nach den Untersuchungen von Siemens an 109 Atheromfällen bei 34 ein familiäres Auftreten beobachtet worden und zwar fast immer mit multipler Lokalisation am behaarten Kopf. 17 mal war aber bei vollkommen analogen Fällen keine Erblichkeit zu verzeichnen. Siemens glaubt nun annehmen zu können, daß die Epidermoide sich schätzungsweise bei etwa zweidrittel der mit der krankhaften Erbanlage behafteten mannfestieren. Schneider beobachtete Epidermoide sogar 4 Generationen hindurch.

Die krebsige Entartung der Kopfatherome stellt eine nicht so seltene Komplikation dieser Geschwülste dar, obwohl Ribbentropp ihr Vorkommen gänzlich in Abrede stellt, da er trotz des großen Materials an der Dieffenbach'schen Klinik „nie etwas Derartiges gesehen" hat, wenngleich er Balgwände lange eitern sah, „ohne daß sie ein bösartiges Aussehen bekamen" Auch Porta stellt sich der carcinomatösen Degeneration dieser Tumoren skeptisch gegenüber, indem er unter 384 Cysten-Geschwülsten zum großen Teil Atheromen, ebenfalls keinen derartigen Fall zur Beobachtung bekam. In einer ausführlichen Arbeit gab Franke 1886 eine Zusammenstellung von 18 Fällen von „Atherom-Carcinomen", die bis auf das Jahr 1804 zurückgeht, in der die maligne Entartung des Atheroms, wenn auch nicht als häufig, so doch nicht als allzuselten, wie es bisher behauptet wurde, beleuchtet wird. Seitdem haben sich die klinischen Erfahrungen wesentlich vermehrt, so daß es heute außer Zweifel steht, daß Atherome unter gewissen Bedingungen in carcinomatöse Entartung übergehen können und zwar „entweder schießt die äußerlich schon durch ihre Zerklüftung und die weißen, leicht ausdrückbaren Pröpfe im ulcerierten Gebiet gut kenntliche Neubildung aus schon eiternden oder verschwärenden Atheromen auf, oder auf der Wand der noch geschlossenen Cysten erscheinen weiche, verästelte Papillome, die

sie durchbrechen und als papilläre Carcinome frei nach außen wachsen.“ (Von Bergmann und Krönlein).

Als auslösendes Moment zur carcinomatösen Entartung werden länger einwirkende Reize mechanischer oder chemischer Natur beschuldigt; es ist ja eine altbekannte Tatsache, daß eine langfortgesetzte Reizung schließlich zur Entstehung eines Krebses Anlaß geben kann. Es sei hier an den Schornsteinfeger- und Paraffin-Krebs erinnert. Die hauptsächlichsten mechanischen Insulte, die eine krebsige Degenoration der Kopf-Atherome auslösen, sind in erster Linie das Kämmen, Bürsten und häufige Kratzen. Bezüglich des Geschlechtes ist, wie wir es später sehen, das weibliche häufiger von carcinomatöser Entartung befallen. Daß diese maligne Degeneration der Kopfhaut-Atherome mehr bei Frauen gefunden wird, erklärt sich wohl aus der Tatsache, daß die Cysten bei dem weiblichen Geschlecht längere Zeit durch die Haare verdeckt bleiben und darum nicht so frühzeitig zur Operation gelangen. Bemerkenswert ist es, daß Kopf-Atherome sehr lange Zeit, bis 40 Jahre lang, bestehen können, ehe sie krebsig entarten, und daß die Prognose eine solchen Degeneration eine ungünstige ist, falls nicht frühzeitig operative Hilfe geschaffen wird, indem diese Entartung bald die Schädelknochen angreift und zu Hirnhautkomplikationen führt. Die Operations-Resultate der krebsig entarteten Kopf-Atherome lauten nur in jenen Fällen günstig, wo die Excision der carcinomatös degenerierten Geschwülste stattgefunden hat, ehe sie eine größere Ausdehnung erreichten und wo sie ohne Abtragung der obersten Lagen der Schädelknochen ermöglicht war. Brünauer schildert uns einen Fall, bei dem dreimal „bis auf die Dura und seitwärts weit in das Gesunde eingegangen und eine energische Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen nachgeschickt wurde“, wodurch aber das Leben der Patientin nicht verlängert werden konnte.

Es ist oft schwer zu unterscheiden, ob das Epitheliom seinen Ursprung von einer Follikelcyste oder von einem Epidermoid genommen hat, besonders in solchen Fällen, in denen

die heranwachsende Geschwulstmasse den Mutterboden ganz durchwachsen und zerstört hat. Sicher beweisend sind nur die Fälle, in welchen die Cysten noch nicht durchbrochen waren und in denen man auch den direkten Übergang der Epidermisbekleidung in die Geschwulstzellen beobachten konnte. Oft ist ja auch, wie schon erwähnt, die Lokalisation der Geschwülste im Sinne eines epidermoidalen Ursprungs zu verwerten, da diese meistens fissural gelegen sind. Manchmal bestehen mehrere Atherome, von welchen nur eines krebsige Entartung aufweist.

Aus der Arbeit Frankes von 1886 läßt sich entnehmen, daß acht mal solitäre Atherome des Schädels vorgelegen hatten, zweimal multiple, von denen eines carcinomatös entartete. In weiteren sechs Fällen ist über den Sitz der Cysten nichts verzeichnet. Zwei der angeführten Athero-Carcinome saßen an der Nase, bzw. zwischen den Schulterblättern. Bei den hier aufgeführten Fällen handelt es sich um Cysten, die schon jahrelang bestanden und infolge der dauernden Einwirkung mechanischer oder chemischer Reize allmählich carcinomatös entarteten. Z. T. hielt der chronische Reiz auch nach der Exstirpation des Atheroms an und veranlaßte dann später die Krebsbildung, deren Ausgangspunkt in zurückgebliebenen Teilen des Balges angenommen wird. Ob es sich bei allen diesen Fällen um echte Krebse gehandelt hat, wird von Franke bezweifelt, da häufig eine genauere Beschreibung des histologischen Befundes fehlt.

Nach Franke hat zunächst Schoenhoff weitere Fälle beschrieben, die insofern von Wichtigkeit sind, als eine ausführliche histologische Beschreibung vorhanden ist, aus der wir den Ursprungsherd für das Carcinom entnehmen können.

1890 werden von Franke selbst zwei carcinomatös entartete Epidermoide des Daumenballens beschrieben.

40-jähriger Mann. Seit drei Jahren bestehen am Daumenballen rechts zwei kleine Epithelcysten mit vollständiger Epidermisauskleidung und einzelnen Papillen. Ein Teil der Wand weist Umwandlung in ein alveoläres Carcinom auf ohne Hornperlenbildung, das auch auf die bindegewebige Kapsel übergreift. Außer einem Schlage gegen eine Türkante wird jede Verletzung negiert.

Franke nimmt an, daß diese Epidermoide aus fötal abgesprengten Keimen entstanden sind und widerlegt die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung.

Der nächste Fall stammt von Boldt und ist sehr umstritten.

68-jährige Frau. Seit 30 Jahren mehrere Atherome, von denen eines vor drei Jahren verletzt wurde, aufbrach und seither fistelte. Es entstand eine pflaumengroße, etwas glatte Geschwulst, deren Hauptmasse pilzartig die Haut um 1 cm überragt. Der Tumor hat das Aussehen eines papillären Carcinoms.

Krische hält die Cyste für ein Dermoid und zwar auf Grund der histologischen Beschreibung: „Normale Epidermis und Corium nur noch teilweise erhalten. Das Corium weist in dieser Partie seine typischen Attribute auf, also Haare mit Papillen, Wurzelscheiden, Haarbalg, Talgdrüsen und Muskel, ferner Schweißdrüsenknäuel und Blutgefäße.“ Auch Ribbert zählt den Fall zu den Dermoid-Carcinomen.

Kurtzhahn nimmt an, daß es sich um ein Atherom handelt, indem er die zitierte Stelle nicht auf die Cystenwand, sondern auf die bedeckende Haut bezieht. Dieser Ansicht schließt sich auch Bennecke an.

Beim nächsten Fall beobachtete Krische einen primären Krompecherschen drüsenartigen Oberflächen-Epithelkrebs in geschlossenen Atherom.

40-jähriger Mann. Vor einem Jahr verspürte er in der linken Lende einen haselnußgroßen schmerzlosen Knoten, der sich ziemlich rasch zu einem taubeneigroßen Tumor entwickelte.

Nach der histologischen Beschreibung handelt es sich um ein Epidermoid, bei dem sich das Carcinom in Form von papillösen Wucherungen gegen das Lumen zu entwickelte.

Weiter berichtet Krische über einen von Garrè beobachteten Fall.

63-jähriger Mann. Seit 10 Jahren besteht eine nußgroße Haarbalggeschwulst, die wahrscheinlich infolge Verletzung beim Kämmen aufgebrochen ist und fistelt. Darauf entwickelte sich in der folgenden Zeit ein Geschwür, dessen histologische Untersuchung ein Cancroid ergibt. Nähere Angaben fehlen.

Weiter berichtet Linser über einige an der Tübinger Chirurgischen Klinik beobachteten Fälle von Carcinom in Epidermoiden. Auch er zieht daraus den Schluß, daß derartige Fälle nicht allzuselten, wie bisher angenommen wurde, vorkommen.

In zwei Fällen handelt es sich um subkutane, gut abgekapselte Epitheliome, die in einem bindegewebigen Balg Nester und Stränge von geschichtetem, z. T. verhorntem Plattenepithel zeigen mit Kalkeinlagerung. Verfasser nimmt an, da noch Reste eines Epithelbelages nachweisbar waren und nimmt an, daß die Papillome den ganzen Hohlraum erfüllt haben und deren Zotten allseits mit der Cystenwand verwachsen sind.

Der nächste Fall betrifft ein taubeneigroßes Epidermoid über dem Prozessus mastoideus, von dessen Wand ein Plattenepithel-Carcinom, das sehr zu Nekrosen neigt und reichlich Verhornung und Epithelperlen zeigt, ausgeht, das den größten Teil des Hohlraumes einnimmt, an einer Stelle die Wand durchstoßen hat und hier auf die Bedeckung der Haut übergreift.

Weiter hören wir von Zesas über krebsige Entartung von Kopf-Atheromen.

68-jährige Frau. Durch Verletzung beim Kämmen kam es zur Ulzeration und Zerfall mehrerer Atherome des Schädels, die schon über 20 Jahre bestanden haben sollen. Im Laufe der Zeit entwickelte sich ein Carcinom. Genauere histologische Beschreibung fehlt.

Einen ähnlichen Fall schildert uns Crome. Auch hier fehlt der histologische Befund.

Kurtzhahn berichtet von einer 69-jährigen Frau mit einem Platten-Epithel-Carcinom am Schädel mit reichlichen Krebsperlen und Nekrosen, das ebenfalls epidermoidalen Ursprungs ist.

Weiter wäre noch ein Fall von Riedel einzureihen, in dem sich bei einer 51-jährigen Frau auf eine Atheromcyste des rechten Oberschenkels, die seit 20 Jahren bestand und drei-

viertel Jahren perforiert war, ein Plattenepithel-Carcinom entwickelt hat.

Eine weitere noch ergänzende Zusammenstellung über Carcinome auf Epithelcysten finden wir von Bennecke vor. Aber hier fehlt bei manchen von ihnen eine genauere histologische Beschreibung des Cystenbalges.

1. Fall:

Gouche et Paris. Ältere Frau, verhornendes Plattenepithel-Carcinom auf einem Atherom in der Mittellinie des Rückens in Höhe des 4. bis 6. Brustwirbels.

2. Fall:

Morestin: 58-jährige Frau. Hornkrebs auf dem Boden eines Atheroms über den Brustwirbeldornfortsätzen III und IV.

3. Fall:

Kert: 68-jährige Frau mit multiplen Atheromen am behaarten Kopf. Plattenepithelkrebs mit Kalkeinlagerungen auf einer Cyste, die kindsfaustgroß in der Mittellinie am vorderen Schädeldach saß.

4. Fall:

Boormann: 45-jährige Frau, ausgedehntes verhornendes Plattenepithelcarcinom auf einem Hinterhauptsatherom, dessen Grundbesitz sarkomatösen Aufbau zeigt.

5. Fall:

Reutter und Batzdorf: Sie berichten nur kurz von einer Krebsbildung auf Kopfatherom. Nähere Angaben fehlen.

6. Fall:

Frei: 23-jähriger Grubenarbeiter mit multiplen Pyodermien und Hautcysten infolge chronischer Einwirkung von Maschinenöl. Spinalzellen-Epitheliom auf einer Follikelcyste an der rechten Gesäßseite mit Metastasen in den Leistendrüsen, und anschließend Exitus.

7. Fall:

Häbler: 53-jährige Frau. Cancroid auf einer in 5 Wochen von Stecknadelkopf- bis Kirschgröße herangewachsenen Follikelcyste am hinteren Rande der rechten Ohrmuschel.

8. Fall:

Bennecke: 51-jähriger Maurer. Seit dem 3. Lebensjahr in der rechten Oberbauchgegend in Verlängerung der Mamillarlinie in Höhe des Nabels ein erbsengroßes Hautknötchen mit langsamen Wachstum beobachtet, das

sich später bis zu einem hühnereigroßen Epidermoid entwickelte. Mehrfach im Laufe der Zeit entzündet, bis es carcinomatös entartete.

Bei den ersten drei Fällen hält Bennecke die Cysten infolge ihres Stammortes mit großer Sicherheit für Epidermoide und begründet dieses mit der fissuralen Lage, die fast durchweg bei Epidermoiden angetroffen wird. Bei Fall 6 und 7 nimmt er an, daß die Krebsbildung auf echten Retentions-Atheromen stattgefunden hat, also Follikelcysten. Dieses wäre insofern interessant, als es bisher noch nicht in der Literatur beschrieben wurde.

Weiterhin sei nun noch eine Mitteilung von Caylor über die Häufigkeit der auf Epidermoiden gewachsenen Epitheliome wiedergegeben. Unter 236 Atheromen, die in der Mayo-Klinik excidiert wurden, lag in 12 Fällen, also 5,1 %, eine carcinomatöse Entartung vor. Verfasser fordert wegen der Möglichkeit dieser malignen Umwandlung Excision aller Balggeschwülste und glaubt auch, daß hierbei neben mechanischen Schädlichkeiten vor allen Dingen die Heredität eine große Rolle spielt. 58,33 % der durch Carcinom komplizierten Fälle wiesen in der Familiengeschichte Neigung zur Malignität auf, während dies von den unkomplizierten nur 13,83 % taten.

Endlich noch beschreibt Macchioro noch 4 im pathologisch-anatomischen Institut des Zivil-Spitals in Triest beobachtete Fälle von krebsig entarteten Atheromen. Er betont, daß bei einem der Fälle die atheromatöse Masse vollständig verschwunden und durch ein carcinomatöses Gewebe, das die Form von epithelialen Alveolen besitzt, ersetzt ist, die ihrerseits in ihrem zentralen Teil amorphe Massen bilden, in denen sich reichliche Ablagerungen von Kalksalzen befinden. Bei einem anderen ist bemerkenswert, daß die amorphen, atheromatösen Massen einerseits durch carcinomatöses, andererseits durch ein an Riesenzellen reiches Granulationsgewebe eingenommen sind.

Die oben zusammengestellten Fälle zeigen nun, daß hierbei meistens die Carcinome epidermoidalen Ursprungs sind. Jedenfalls handelt es sich um Hautcysten, die auf eine embryonale

Absprengung von Hautteilen zurückzuführen sind. In den beiden Fällen von Frey und Häbler läßt sich der Tumor mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine Retentionscyste zurückzuführen, wodurch bewiesen wird, daß auch eine maligne Entartung der Follikelcysten möglich ist. Bei den meisten hier aufgeführten Fällen handelt es sich um verhornende Plattenepithel-Krebse. Solange die Entartung der Cysten noch nicht zu sehr vorgeschritten ist, finden wir, daß der Prozeß immer an einer Wandstelle entsteht. Die Wucherung wächst dann ins Lumen der Cyste, füllt sie mehr oder weniger ganz aus und bricht durch, falls sie nicht schon bei offener ulzerierter Cyste entstanden ist. Immer wieder finden wir die Beobachtung, daß äußere Reize mechanischer oder chemischer Art die Ursachen der Carcinombildung sind. Auch Linser hebt dieses in seinen Ausführungen dauernd hervor und betont, daß sich das Carcinom hauptsächlich an der Seite des Atheroms bilde, die der Haut zugekehrt ist, also äußeren Einwirkungen am zugänglichsten liegt. Weiterhin läßt läßt sich feststellen, daß meist ältere Personen jenseits des 5. Lebensjahrzehntes derartige Carcinome zeigen, dabei ist das weibliche Geschlecht stärker befallen als das männliche.

Diesem Literaturbericht möchte ich einen an der Bonner Hautklinik beobachteten Fall von der Patientin Frau R. beifügen.

Es handelt sich um eine 65-jährige Patientin. Mutter sei gestorben an einem Herzleiden, Vater an Altersschwäche. Krankheitsfälle von Tuberkulose und Carcinom in der Familie nicht bekannt. Ihre Mutter und der ihr Bruder hätten eine Kopfgeschwulst gehabt, ebenso ihr Bruder und zwei Schwestern mehrere.

Patientin selbst sei nie ernstlich krank gewesen, habe 1 Fehlgeburt gehabt. Mit 30 Jahren habe sie einen erbsengroßen Knoten auf der rechten Hinterkopfseite verspürt, der ihr zunächst keine weiteren Beschwerden verursacht hätte. Allmählich seien noch 5 solcher Knoten auf dem Kopfe entstanden, die ebenfalls völlig harmlos gewesen seien. Mit der Zeit seien

sie alle größer geworden. Seit einem Jahr habe sie hauptsächlich

bei Wittetungsumschlägen Stechen in der zuerst entstandenen Geschwulst verspürt, die dann vor 4 Monaten beim Kämmen verletzt worden sei. Seitdem sei sie zusehends gewachsen bis Pflaumengröße, wiederholt hätte sie Eiter und Blut abgesondert. Zunächst eigene Behandlung mit Alum. acet.; einige Tage später

sei sie vom Arzt geschnitten worden, der sie dann aber der Klinik überwiesen hätte.

Allgemeiner Befund: Gesundes Aussehen, guter Kräfte- und Ernährungszustand, Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Augen reagieren auf Licht und Convergenz. Zähne sehr lückenhaft und defekt. Keine Struma oder Drüsenschwellung am Halse. Brustorgane völlig ohne Befund.

Spezieller Befund: Auf dem behaarten Hinterkopf links befinden sich 4 kirschgroße, auf der Unterlage gut verschiebliche Tumoren von prall elastischer Konsistenz, ebenso auf dem rechten Scheitelbein einer. Auf der rechten Hinterkopfhälfte zeigt sich ein kleinapfelgroßer, unregelmäßig konfigurierter, fast völlig jauchig zerfallener, übelriechender Tumor, von dem sich leicht einzelne Partikel mit der Pinzette entfernen lassen.

Zunächst wurde der jauchige Tumor mittels Kaustik entfernt, zugleich wurde auch einer der kleinen Tumoren mit dem Messer ausgeschält.

Bei der Entfernung der großen Geschwulst zeigte es sich, daß der ganze Mutterboden von einer carcinomatös entarteten Gewebsmasse völlig durchwachsen und zerstört war. Die histologische Untersuchung ergab ein stark chronisches entzündlich infiltriertes, gefäßreiches lockeres Gewebe, das durchsetzt war von Zügen und Nestern eines infiltrierend wachsenden geschwulstmäßigen Epithelgewebes, das aus Platten-Epithelien mit ziemlich großer Zellpolymorphie bestand. An vielen Stellen waren Mitosen zu finden, zum Teil auch atypische Mitosen. Das Epithelgewebe zeigte große Neigung zur Kugel- und Schichtbildung im Sinne der Verhornung. An einzelnen Stellen zeigten sich Bildungen von dicken Hornmassen. Mithin lag hier ein stark verhornendes Plattenepithel-Carcinom vor.

Die Untersuchung des kleinen ausgeschälten Tumors ließ eine Wand erkennen, die außen aus einer dünnen Schicht gefäßarmen fibrillären Bindegewebes bestand. Dieser Schicht saß glatt ohne Papillen eine Epithelschicht auf, die aus drei bis vier Lagen stark abgeplatteter Epithelien bestand. Zum Inneren

des Tumors hin wurden die Epithelien etwas breiter, die Farbe der Kerne blaßte ab, bis zuletzt nur noch kernlose Hornschüppchen zu erkennen waren, die dann nur mehr schattenhaft zu sehen waren, bis sie in eine ungeformte Detritusmasse übergingen. Hier handelt es sich demnach um ein sog. echtes oder einfaches Atherom, das als Retentionscyste oder Follikelcyste in der Literatur bezeichnet wird.

Bei der maligne entarteten Geschwulst ließ sich nun leider bei dem vorhandenen Untersuchungsmaterial nicht mehr mit Sicherheit feststellen, ob es sich hier ursprünglich auch um eine Retentionscyste oder aber um ein Epidermisdermoid handelte, zumal, wie schon oben erwähnt, die ganze Wand des Tumors völlig von der durchwachsenen Geschwulstmasse zerstört war.

Ich möchte bei diesem Fall annehmen, daß es sich um ein echtes Atherom oder Retentionscyste handelt, da die histologische Untersuchung der anderen herausgeschälten Cyste auch völlig der eines einfachen echten Atheroms entsprach. Es ist unwahrscheinlich und auch nirgends in der Literatur beschrieben worden, daß sowohl Epidermoide als auch Retentionscysten sich zusammen auf einem Kopf entwickelt haben.

Die bösartige Geschwulst wurde mittels Kaustik entfernt, und mit einer einmaligen Röntgenbestrahlung 300 r, Filter 0,5, nachbehandelt. Patientin wurde als gebessert entlassen. Bei einer späteren Nachfrage über das Befinden der Frau erfuhren wir, daß es ihr völlig gut gehe und sich keinerlei Beschwerden mehr eingestellt hätten. Zur Entfernung der anderen Tumoren konnte Patientin sich leider nicht entschließen.

Die an sich bisher außerordentlich spärliche Literatur über Carcinom-Entwicklung auf dem Boden von echten Atheromen wird also durch obige Mitteilung um einen weiteren Fall bereichert.

Literaturverzeichnis.

Bennecke, Münster: Über Epitheliome auf Atheromen und Dermoidcysten der Haut. Frankf. Z. Path. Bd. 42, H_3 S. 502.
Bold: Beitrag zur Lehre von der Entstehung des Plattenepithel-Krebses auf dem Boden des Atheroms. Diss. Berlin 1899.
Brünauer: Canceröse und präcanceröse Dermatosen. Wiener Klin. Wschr. 1928.
Dieffenbach: Operative Chirurgie Leipzig 1845.
Franke: Lambecks Arch. 1887, 34.
Franke: Virchow Arch. 1890, 121. Arch. für Derm. und Syph. 139, 140.
Fussler: Multiple Epitheliome von verschiedenem histologisehem Typus, Derm. Wschr. 93, Nr. 31, 1218.
Häbler: Ein Fall von Carcinom-Entwicklung auf dem Boden eines Atheroms am Ohr. Münch. med. Wschr. 1923, I, 395.
Hammann: Traumatische Epithelcysten an den Fingerknochen. Dt. Zschr. f. Chir. Bd. 223, 4/4 Heft.
Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Geschwülste der Haut, Bd. XII, 3.
Jadossohn: Die benignen Epitheliome. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. CXVII.
Krische: Bruns Beitr. 1901, 31.
Krompecher: Zieglers Beitr. z. allg. Patk. und path. Anatomie 28 H.
Kurtzhan: Virchow Arch. 1921, 230.
Linser: Beiträge z. klin. Chir. 31 H_2, 1901.
Lücke und Weichselbaum: Beitr. z. Geschwulstlehre. Virch. Arch. 28, 537.
Kibbert: Das Carcinom des Menschen.
Riedel: Dt. Zschr. f. Chir. 15, 92.
Schad: Zur Krebsforschung 32, 1930.
Schoenhoff: Arch. f. Derm. u. Syph. 1922, Bd. 139/140, 388.
Wernher: Virchow. Arch. 8, 1855.
Winiwater: Die chirurgischen Krankheiten der Haut. Stuttgart Ferd. Ecke 1892. Zentralblatt Nr. 7, 1923, 493.
„ „ 48, 1934, 217.
„ 1926, 50.
Zesas: Münch. Med. Wschr. 1904, Nr. 37.
Zimmermann: Lambecks Archiv 1909, 88.

Lebenslauf.

Als Sohn des Hauptkassenrendanten Karl Paul und seiner Ehefrau Martha geb. Walter wurde ich, Roland Paul, am 31. August 1908 in Soest i. W. geboren.

Ich bin Reichsdeutscher und evangelischer Konfession.

Von 1914 — 1918 besuchte ich die Volksschule zu Soest. Ab Ostern 1918 besuchte ich das Staatl. Archigymnasium dort, wo ich Ostern 1929 die Reifeprüfung ablegte. Daraufhin studierte ich in Greifswald Medizin, wo ich im November 1932 mein Physikum bestand. Winter-Semester 1932/33 war ich in Würzburg. Anschließend ging ich nach Bonn und legte dort im Juli 1935 mein Staatsexamen ab. Nachdem ich drei Monate an der Univ.-Hautklinik zu Bonn als Praktikant tätig war, absolvierte ich den Rest meiner Praktikantenzeit in Remscheid an den Städt. Krankenanstalten. Nach zweimonatlicher Tätigkeit in der Landpraxis kehrte ich nach Remscheid zurück und wurde dort am 1. April 1937 als Assistent auf der Med. Abteilung angestellt.